



COLEGIO DE AGRÓNOMOS DE PUERTO RICO

PO Box 360005, San Juan, Puerto Rico 00936-0005

TELS.(787)753-7222 / 753-7231 . FAX: 753-7742

<http://www.colegiodeagronomos.com> // www.colegiodeagronomos.org

e-mail:info@colegiodeagronomos.com



Formulario de Colegiación

Fecha _____

Agro. _____, Presidente

Colegio de Agrónomos de Puerto Rico

San Juan, Puerto Rico 00936

Estimado agrónomo:

Por la presente solicito ser admitido como miembro del Colegio de Agrónomos de Puerto Rico, afiliado al Distrito _____.

He leído la Ley que crea el COLEGIO Y EL REGLAMENTO que lo gobierna, su Código de Ética. Me comprometo a cumplir fielmente todo lo dispuesto en cada uno de ellos y aceptar con ello las responsabilidades inherentes a los profesionales de la agronomía en Puerto Rico.

A continuación someto la información personal requerida la que certifico que es fiel y exacta.

1. Nombre _____
Primer Apellido Segundo Apellido, Nombre (Inicial)

2. Dirección Residencial (*sea específico*):

3. Dirección Postal (*sólo si es distinta a la residencial*):

4. Correo Electrónico (use letra de molde) _____

7. Teléfonos:

Res. _____ Trabajo _____ Fax _____ Celular _____

Atentamente,

Firma

COLEGIO DE AGRÓNOMOS DE PUERTO RICO
SAN JUAN, PUERTO RICO



HISTORIAL PERSONAL

1. Nombre: _____

2. Información Personal:

Seguro Social _____
(Solo para ID confidencial)

Fecha Nacimiento _____

Sexo: _____

Lugar _____

Estado Civil _____

Nombre cónyuge _____

Peso _____ Estatura _____ Tipo de Sangre _____ TEL. Emergencia _____

Condición Médica _____ Donante de Órganos: () SI () NO

3. Información Académica/Universitaria:

Título o Grado Académico

Dept. Académico

Nombre Institución Universitaria

Fecha de Graduación

<u>Título o Grado Académico</u>	<u>Dept. Académico</u>	<u>Nombre Institución Universitaria</u>	<u>Fecha de Graduación</u>

Concentración de Estudios _____
(Principal especialidad de las Ciencias Agrícolas en que se graduó)

4. Experiencia laboral/profesional: (Empezando por el último empleo)

Desde - Hasta	Puesto	Nombre de la Entidad (en que laboro o labora)

6. Observaciones: (Publicaciones, otras entidades cívicas o profesionales a las que pertenece, etc.)

_____ Fecha

_____ Firma

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO:

Licencia de Agrónomo _____ Otorgada el día _____ Fecha de Expiración Inicial: _____

Nota:
Esta información es considerada de carácter confidencial. Será utilizada para uso exclusivo del CAPR y como mecanismo de corroboración para conceder servicios y/o privilegios al colegiado. Así también podrá ser utilizada en casos de incumplimiento con las disposiciones de Ley o negligencia únicamente relacionadas con la profesión. Esta solicitud será sometida al CAPR o a través de sus representantes autorizados y deberá estar acompañada del **importe de pago a nombre del Colegio de Agrónomos de Puerto Rico por el monto correspondiente, cuyo tope es de (\$125.00)** para el año en curso. Habiendo usted recibido por parte de la JECEAA (Departamento de Estado) copia de la certificación-preliminar de licencia, deberá cursar al CAPR copia de dicho documento, junto a este formulario debidamente cumplimentado. Es responsabilidad de todo colegiado mantener su información profesional al día en caso de cualquier cambio.

